UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 59

FACULTÉ DE MÉDECINE

ÉTUDE DE DEUX CAS

DE

FISTULES GASTRO-CUTANÉES

CONSÉCUTIVES A DES CANCERS GASTRIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1er Juillet 1914

PAR

Jean BONNET

Né à Saint Pierreville (Ardèche), le 1er septembre 1881

EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (Concours 1910, N° 3)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ (Concours de fin d'année, Juillet 1912)

INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES (Concours Décembre 1912, N° 1)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

CARRIEU, professeur, *Président.*
TEDENAT, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
ETIENNE, agrégé.
Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

ETUDE DE DEUX CAS

DE

FISTULES GASTRO-CUTANÉES

CONSÉCUTIVES A DES CANCERS GASTRIQUES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 59

FACULTÉ DE MÉDECINE

ÉTUDE DE DEUX CAS

DE

FISTULES GASTRO-CUTANÉES

CONSÉCUTIVES A DES CANCERS GASTRIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1er Juillet 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Jean BONNET

Né à Saint-Pierreville (Ardèche), le 1er septembre 1881

EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER (Concours 1910, N° 3)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ (Concours de fin d'année, Juillet 1912)

INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES (Concours Décembre 1912, N° 1)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

CARRIEU, professeur, *Président.*
TEDENAT, professeur.
LEENHARDT, agrégé. } *Assesseurs.*
ETIENNE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✲)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. ✲).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales . .	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Prof. hon.: MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲)
Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie . .	MOURET, prof. adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, a. l. (ch de c.)
Clinique des malad. des voies urinaires.	JEANBRAU, a. l. (ch de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutan.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, a. l. (c. c.)
Clinique annexe des mal. des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELTT	CABANNES	RIMBAUD
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ROGER
LEENHARDT	P. DELMAS	ETIENNE
GAUSSEL	MASSABUAU	LISBONNE
	EUZIÈRE	MARQUÈS ch. d. f.

Examinateurs de la Thèse

MM. CARRIEU, *profess., présid.* | MM. LEENHARDT, *agrégé.*
TEDENAT, *prof.-adj.* | ETIENNE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME : ADRIENNE BERNARD

Ce modeste travail marque la fin de six longues années d'études, que les circonstances rendaient particulièrement difficiles. S'il a pu voir le jour, c'est en grande partie à toi que je le dois. C'est donc un devoir très doux que je remplis et un bien faible remercîment que je t'adresse, en inscrivant ton nom sur cette première page.

J. BONNET.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

J. BONNET.

ÉTUDE DE DEUX CAS

DE

FISTULES GASTRO-CUTANÉES

CONSÉCUTIVES A DES CANCERS GASTRIQUES

INTRODUCTION

Au cours de notre internat à l'Hôpital Ruffi, de Nimes, nous avons eu l'occasion de voir deux cas de cancer gastrique compliqués de fistules cutanées spontanées. Etant donnée la rareté de cette complication, il nous a paru intéressant de rapporter ces deux observations. Les fistules gastro-cutanées consécutives à l'ulcère ne sont pas de constatation fréquente. Plus rares encore celles qui compliquent le cancer. Sur 74 cas de ces fistules réunis par Kronheimer, 59 se rapportaient à des ulcères, 15 seulement à des cancers. A défaut d'autres considérations, celle-ci suffisait donc à justifier ce très modeste travail. Nous n'avons pas voulu faire une étude complète des fistules gastro-cutanées, mais seulement en présenter deux observations nouvelles, et les faire suivre des quelques considérations qu'elles nous ont suggérées.

OBSERVATIONS

Observation Première

Voici l'histoire d'un malade que nous avons eu l'occasion de voir dans le service de M. le docteur Gilis, et dont notre ami L. Conté a bien voulu nous communiquer l'observation. Merci également à M. le docteur Bouvier qui avait précédemment suivi ce malade, et qui nous a aimablement fourni des détails précis sur ses antécédents et l'évolution de la maladie.

A. P..., de S.-D..., âgé de 42 ans, entre le 5 novembre 1913 à l'Hôpital Ruffi pour troubles gastriques.

L'appétit serait conservé, mais le malade ne supporte que les liquides, encore parfois a-t-il des vomissements. Les aliments seuls sont alors rejetés; pas de sang; du moins pas en quantité appréciable à l'œil. (L'examen chimique des matières vomies n'a pas été pratiqué.) Constipation coupée de débâcles diarrhéiques. Pas de mélæna actuellement. Le malade n'accuse pas d'autres signes. Pas de toux. Expectoration salivaire.

Urines peu abondantes, sans éléments anormaux. Insomnie, mais pas de douleur violente, plutôt un endolorissement de la région épigastrique.

Le malade est d'ailleurs dans un état d'amaigrissement

et d'asthénie extrêmes. Le tégument est pâle, décoloré, jaunâtre.

Antécédents personnels. — Santé parfaite jusqu'à l'âge de 23 ans. A ce moment, fièvre typhoïde qui aurait duré 55 jours et paraît avoir évolué normalement. Peu après le malade commence à s'adonner à l'alcoolisme sous ses diverses formes : vins, liqueurs, apéritifs. Les doses d'alcool absorbées paraissent assez considérables. Bientôt apparaissent les troubles digestifs.

Le malade souffre de crises gastriques fréquentes, presque quotidiennes. Elles apparaissent trois ou quatre heures après le repas ; durent de une à deux heures ; sont calmées par l'ingestion d'aliments. Cependant le malade continue son travail jusqu'en septembre 1913, date à laquelle il faut faire remonter les troubles actuels.

Antécédents héréditaires. — Peu de détails à signaler. Père mort à 62 ans après une maladie de nature indéterminée. Mère morte à 57 ans de congestion pulmonaire.

Sept frères ou sœurs ; trois morts en bas âge ; une sœur morte à 18 ans de troubles intestinaux ou péritonéaux après trois mois de maladie ; une sœur et deux frères actuellement vivants et bien portants.

En septembre 1913, le malade est obligé d'interrompre son travail, les crises étant devenues plus violentes. Le 19 octobre au matin, douleur subite, extrêmement violente au creux épigastrique ; quelques nausées, pas de vomissements ; les traits sont tirés, le pouls rapide, peu de fièvre ; le ventre est dur, rétracté.

Le lendemain, 20 octobre, la douleur est moins vive, mais le ventre reste dur, et la palpation du creux épigastrique éveille une douleur exquise dans cette région.

L'état reste à peu près stationnaire jusqu'au 24 octobre. Cependant le malade pâlit, le pouls s'accélère. Le 25 mé-

læna abondant. La température s'élève légèrement (38°). La glace mise sur le ventre, mal supportée, doit être supprimée.

Le 26, tuméfaction de la région épigastrique qui reste douloureuse au palper, et révèle à la percussion un tympanisme marqué. Le malade n'a pas de vomissement; il continue à absorber une certaine quantité de liquide.

Le 5 novembre, à son entrée à l'hôpital, la région épigastrique est occupée par une voussure considérable. Toute la région est soulevée en dôme, au niveau duquel la peau garde sa coloration générale.

La palpation en ce point est légèrement douloureuse et donne une sensation de tension assez considérable et uniforme. La percussion révèle un tympanisme marqué sur toute la voussure. L'abdomen au-dessous de la ligne du côlon transverse est souple et à peu près indolore. Le foie paraît de dimensions normales.

Le pouls est à 100. Température légère, 37°6 le soir.

L'examen des autres appareils ne révèle aucune particularité. Le cœur est rapide, mais les bruits sont bien frappés.

Pas de ganglions dans le creux sus-claviculaire.

La radiographie pratiquée à ce moment par M. le docteur Suquet montre un estomac de très petit volume, assez haut situé, de position à peu près médiane. L'image est piriforme, à grosse extrémité supérieure; la pointe inférieure, est inclinée vers la droite. Les limites sont nettes.

Les jours suivants, l'état reste sensiblement le même. La température s'élève un peu atteignant le soir 38°5 et 39°; le matin 37°5 en moyenne.

Cependant au niveau de la voussure épigastrique la peau rougit, devient adhérente et le 21 novembre, s'ulcère en un point voisin de la ligne médiane, un peu à droite et à la

hauteur de l'ombilic, sur une longueur de un centimètre et demi environ. Par l'orifice ainsi créé s'écoule spontanément une quantité considérable de liquide qui inonde le lit du malade. Ce liquide d'odeur nauséabonde, de couleur grisâtre, assez fluide, contient des débris analogues à des lambeaux de sphacèle. Il s'écoule, d'une façon constante, et si on presse sur la région épigastrique on accélère l'écoulement.

Une analyse rapide y découvre une acidité très marquée, et une quantité assez considérable de chlore (3,80 par litre) et des traces de sang.

A partir de ce moment le malade éprouve un certain soulagement presque du bien-être, et absorbe une plus grande quantité de liquide dont une partie reflue par la fistule cutanée. D'ailleurs ce bien-être est tout à fait subjectif, et l'état général empire chaque jour. La température descend au-dessous de la moyenne, oscillant de 36 à 37°. Le pouls s'accélère encore, devient de plus en plus faible. La fistule gastrique continue à laisser couler en abondance le même liquide, nécessitant plusieurs pansements quotidiens. Le 1er décembre, le dixième jour après la fistulisation, le malade accuse une douleur assez vive dans le membre inférieur gauche, qui devient le siège d'une phlébite. Le 6 décembre, le liquide gastrique disparaît entièrement, et la mort survient le lendemain.

L'examen nécropsique effectué dans des conditions défectueuses a été très incomplet; l'estomac seul a été examiné avec quelque attention. C'est un estomac biloculaire dont les deux poches réunies sont de volume un peu inférieur à un estomac normal. Les deux cavités sont en communication par une sorte de canal long de 4 à 5 centimètres et admettent à peu près le calibre d'un manche de porte-plume. Dans la poche pylorique on remarque une perte de

substance à peu près ronde, d'une surface supérieure à celle d'une pièce de cinq francs et correspondant au point où l'estomac adhérait à la paroi abdominale. Ce point a d'ailleurs été déchiré et on ne peut en suivre les contours exacts. Dans le voisinage on trouve un fragment de pancréas adhérent qui a été arraché avec l'estomac.

La paroi gastrique qui est mince en général, est au contraire fortement épaissie entre les deux poches et sur le pourtour de l'ulcération. Cet épaississement, sorte d'infiltration dure, est irrégulier, atteignant par endroits plus d'un centimètre et demi.

Examen microscopique (Dr Etienne). — Les pièces soumises à l'examen histologique ne représentent pas malheureusement toutes les lésions. Le zèle trop ardent d'un garçon d'amphithéâtre a supprimé le point qui aurait permis d'étudier d'une façon exacte la propagation du néoplasme à la peau et le mode de fistulisation. Toutefois l'examen qui n'a porté, et pour cause, que sur la paroi gastrique voisine de la zone d'adhérence à la paroi, permet d'affirmer l'existence d'un cancer gastrique à allure carcinomateuse.

Voici, brièvement résumées, les constatations histologiques :

La muqueuse, d'abord d'apparence normale, augmente considérablement d'épaisseur quand on se rapproche de la zone qui était adhérente ; cet épaississement est dû à une énorme prolifération glandulaire à type adénomateux (multiplication des glandes, distension de leur lumière, état hyalin de leurs cellules). A la limite extrême de la préparation, on constate des cellules néoplasiques, produit net de la dégénérescence de certains tubes.

Les tuniques sous-muqueuses et musculeuses ne présentent qu'un certain degré d'inflammation. Sur la séreuse

on trouve des nodules carcinomateux indiscutables (amas cellulaires atypiques très nets avec stroma peu important).

Nous pouvons donc affirmer qu'il s'agit d'un épithélioma gastrique à type carcinomateux.

En résumé, nous trouvons dans l'histoire de notre malade des antécédents gastriques, sous forme de crises douloureuses remontant à plusieurs années et liées très vraisemblablement à un ulcus sur lequel s'est greffé un cancer, et des accidents aigus ayant éclaté brusquement le 10 octobre 1913, suivis un mois plus tard de l'établissement d'une fistule au niveau du creux épigastrique, à laquelle le malade n'a survécu que quinze jours.

Observation II

Mme E. F..., 43 ans, entrée à l'Hôpital Ruffi pour troubles digestifs. Nous la trouvons, salle Fontaine, le 1er septembre 1913, jour où nous entrons dans le service.

Les renseignements fournis par l'interrogatoire sont peu détaillés. Nous nous trouvons en présence d'une malade de mentalité assez rudimentaire, peu habituée à s'observer, hypnotisée par un ou deux symptômes saillants dont il est difficile de la faire sortir.

Sur le début de la maladie elle est assez précise. C'est en avril 1913 qu'ont commencé les troubles actuels, par diminution de l'appétit et affaiblissement général. Cette période a peut-être été précédée de troubles digestifs plus vagues et plus intermittents de caractère hyperchlorhydrique ; mais ils paraissent avoir été peu intenses et ont laissé peu de souvenir dans l'esprit de la malade.

Depuis avril, l'état n'a cessé d'empirer. Cependant jamais de vomissements, jamais d'hématémèse, jamais de mélæna, du moins de mélæna abondant, le seul qui ait pu attirer l'attention de la malade. Actuellement l'appétit est considérablement diminué: ce n'est pas une anorexie absolue, mais la malade n'absorbe que du lait, des purées et en petite quantité. La digestion est difficile, accompagnée de sensation de lourdeur au creux épigastrique; pas de vomissements, pas de douleur vive, légère constipation.

Du côté de l'appareil circulatoire, quelques palpitations. Au point de vue génital les règles ont disparu depuis trois ans environ. Pas d'éléments anormaux dans les urines.

Antécédents. — Père mort de maladie indéterminée. Mère vivante et bien portante.

La malade a eu successivement trois enfants, actuellement vivants et bien portants, puis deux avortements, le dernier datant de trois ans et marqué par une abondante hémorragie.

Depuis avril, la malade dit avoir maigri beaucoup. Elle se trouve, en effet, dans un état de cachexie avancée. Très amaigrie, très faible, les téguments de teinte grisâtre plutôt que jaune paille, les muqueuses décolorées.

A l'inspection on est frappé de l'aspect de la région susombilicale. Tandis que l'abdomen au-dessous de l'ombilic est plutôt aplati, la peau flasque et ridée par suite des grossesses antérieures et de la maigreur actuelle, la région épigastrique est soulevée partiellement comme par une hernie qui siègerait à peu près sur le bord externe du muscle droit du côté droit, donc au-dessous du rebord costal, et à droite de l'ombilic. La peau a gardé sa coloration normale, n'est nullement tendue, mais seulement soulevée au point indiqué, formant une saillie piriforme du volume d'un œuf environ.

A la palpation l'abdomen est généralement souple ; mais au niveau de la saillie que nous venons de signaler, on trouve une tumeur dure paraissant avoir le volume d'une petite orange. Cette tumeur est facilement repoussée de sorte que la saillie disparaît. La peau est mobile sur elle et semble la recouvrir presque immédiatement, c'est-à-dire sans interposition d'autres tissus. La tumeur est elle-même légèrement mobile de haut en bas et de gauche à droite Elle semble indépendante du foie. Elle paraît si superficielle qu'en l'absence de sténose pylorique avancée on peut se demander quelle est sa véritable origine.

La percussion ne permet pas de limiter l'estomac. Légère submatité au niveau de la tumeur à une percussion superficielle. Le foie paraît normal. La rate n'est pas perceptible.

Du côté des autres appareils, rien de saillant. Le pouls, faible, est à 90 environ.

La radiographie, pratiquée par M. le docteur Suquet (1), montre un estomac de dimensions à peu près normales, de forme plutôt allongée verticalement, siégeant presque entièrement dans la moitié gauche de l'abdomen. La région pylorique seule, recourbée à angle droit, siégeant dans la moitié droite. Sous le poids du bismuth il est fortement abaissé et son bas-fond est de plusieurs centimètres au-dessous des crêtes iliaques. La bouillie bismuthée remplit régulièrement la cavité jusqu'à la région prépylorique. En ce point, la grande courbure régulière jusque là, disparaît brusquement, et l'image foncée du bismuth est remplacée par une zone claire, comme s'il y avait une perte de substance de la plus grande partie de la région du pylore. Au

(1) La radiographie a été publiée par M. le docteur Suquet, dans la Rev. pratique d'Electr. et de Radiologie médicales (février 1914).

niveau de la petite courbure au contraire, la ligne se poursuit régulièrement sans interruption. Le bismuth s'est insinué le long de ce bord formant une bande d'épaisseur variable, et dont le bord inférieur est irrégulier, plus ou moins dentelé. C'est une image lacunaire typique, révélant la présence d'une tumeur volumineuse de la région pylorique, tumeur qui ne paraît pas avoir enserré la région comme dans un anneau, mais s'être plutôt étendue sur la partie inférieure, laissant à la partie supérieure une certaine perméabilité à l'orifice pylorique.

Tel est l'état de la malade lorsque quelques jours plus tard, le 4 septembre, elle accuse une douleur assez vive dans la région ombilicale. En même temps la température s'élève brusquement à 39°. La douleur est localisée à peu près au niveau de la tumeur; elle n'est pas très intense et permet la palpation qui ne révèle rien de particulier. Des applications tièdes la calment sans qu'il soit nécessaire de recourir à la morphine.

Le 7 septembre, la douleur persiste, atténuée; la température baisse, mais la tuméfaction paraît avoir augmenté. La peau devient adhérente et chaude. Les jours suivants la tuméfaction s'accuse plus nettement formant une saillie à contours très précis du volume d'une petite mandarine au niveau de laquelle la peau rougit et finit par s'ouvrir le 16 septembre. Il en sort un liquide abondant, assez limpide, de couleur brun jaunâtre, d'odeur nauséabonde mais nullement fécaloïde, rappelant plutôt l'odeur des néoplasmes utérins ulcérés.

L'orifice de la fistule est irrégulier, à bords amincis et découpés, de teinte grisâtre. Sa surface est un peu inférieure à un centimètre carré. Le même liquide continue à couler de la fistule, mais en plus faible quantité. Nous n'avons pas constaté dans ce liquide la présence de débris ali-

mentaires. D'ailleurs la malade absorbe très peu. Son état s'est encore aggravé depuis l'ulcération cutanée. La température est à 37°5, mais le pouls est petit et rapide. La cachexie est extrême. On l'emporte chez elle le surlendemain du jour où s'est créée la fistule, et elle meurt peu de jours après.

Telles sont les deux observations qu'il nous a paru intéressant de rapporter. Mais avant de passer aux quelques considérations dont elles feront l'objet, une première question se pose. Peut-on appliquer à ces deux cas le nom de fistules gastro-cutanées?

Pour le premier la réponse est aisée. L'issue des matériaux alimentaires à travers la plaie est pathognomonique. Le second peut prêter à discussion. Ne s'agit-il pas simplement d'un abcès de périgastrite consécutif au néoplasme, abcès produit par les microbes pyogènes ordinaires et dont tout l'intérêt tiendrait à la cause occasionnelle qui l'a provoqué? Le mot abcès nous paraît insuffisant ici. Sans doute l'ulcération a été précédée des phénomènes caractéristiques de l'inflammation; mais ce n'est pas du pus franc qui s'est écoulé par l'orifice cutané; ce dernier n'avait pas les caractères d'une ouverture spontanée d'abcès, et loin de montrer quelque tendance à se refermer, il semblait, au contraire, s'agrandir. D'autre part, l'adhérence intime entre la zone d'inflammation et la tumeur pylorique indique assez clairement le rapport non seulement de cause à effet, mais de continuité directe qui les unissait. Si donc nous n'avons pas pu constater l'issue de débris alimentaires, c'est que dans le temps trop court où nous avons eu la malade sous les yeux, le trajet n'a pas eu le temps de se constituer à travers la masse bourgeonnante de la tumeur; ou bien que ce trajet trop étroit et sinueux ne laissait passer qu'une sorte de filtrat du contenu stomacal, mêlé au suc de la tumeur elle-même, ce qui s'accorderait assez bien avec les caractères

macroscopiques du liquide observé (liquide qui n'a malheureusement pas pu être analysé). Du reste la persistance de la perméabilité pylorique contribue à expliquer ce retard dans l'issue des matériaux alimentaires. Il s'agit si l'on veut d'un estomac communiquant avec l'extérieur par l'intermédiaire d'une masse néoplasique. Le mot de fistule n'est donc pas déplacé ici.

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

Au point de vue de l'âge de nos malades, nous ferons remarquer qu'ils étaient l'un et l'autre entre 40 et 50 ans, cette dizaine qui est la plus fertile en cancers gastriques, après celle qui va de 50 à 60.

Au point de vue du sexe, ils offrent une exception à la règle d'après laquelle l'ulcus se rencontre plus fréquemment chez les femmes, le cancer, au contraire, plus souvent chez les hommes (17 hommes environ pour 10 femmes).

Nous ferons remarquer en outre que les complications qui font l'intérêt de nos observations, se sont produites spontanément, il n'y a pas eu d'intervention sur la région. C'est souvent, en effet, à la suite d'opérations palliatives que le cancer passe à travers la cicatrice. Tel est par exemple le cas du malade de M. Hartmann, rapporté par M. Cunéo, dans son étude sur l' « Anatomie pathologique du cancer de l'estomac au point de vue chirurgical ». Il s'agissait d'un malade de 27 ans sur lequel on pratiqua en septembre 1900 une gastro-entérostomie et qui, en avril 1901, après une amélioration de quelques mois vit le cancer faire saillie à travers la cicatrice pariétale en un bourgeon volumineux qui finit par occuper la presque totalité de la région épigastrique et de la région ombilicale. Seggel rap-

porte un cas analogue de propagation cancéreuse dans la *Münschener Medizinische Wochenschrift* (1899).

Nous noterons aussi la rapidité d'évolution de la maladie après l'ulcération cutanée. Le docteur Jaisson, dans son étude sur « La perforation de l'estomac » fixe à un mois en moyenne la survie après l'établissement de la fistule gastro-cutanée. Chez nos malades la mort est survenue beaucoup plus rapidement: quinze jours pour le premier, moins encore pour le second. Tous les deux, il est vrai, étaient déjà dans un état d'asthénie et de maigreur avancée. La seconde offrait tous les signes de la cachexie cancéreuse établie progressivement dans l'espace de six mois environ. La complication cutanée accéléra encore, nous l'avons vu, l'évolution fatale.

La propagation du néoplasme gastrique à la paroi n'est pas cependant toujours une complication ultime de l'évolution cancéreuse. Elle est quelquefois précoce, se produisant avant une atteinte trop grave de l'état général, quelquefois même en l'absence de symptômes gastriques. Témoin les deux malades de Seggel dont nous rapporterons plus loin l'observation.

Chez notre premier malade l'évolution totale de la maladie s'est montrée particulièrement rapide. Jusqu'en septembre, il a mené son existence habituelle. A ce moment, il doit renoncer à un travail régulier, mais ce n'est que le 19 octobre que débutent les phénomènes aigus et que le malade s'alite. Il meurt le 7 décembre, c'est-à-dire un mois et demi après environ. Chez lui aussi la fistulisation accéléra l'issue fatale.

CONSIDERATIONS PATHOGENIQUES

Au point de vue pathogénique, nous devons distinguer deux catégories de cas. La lecture de nos deux observations montre, en effet, que l'évolution de la fistule gastro-cutanée a été sensiblement différente. Différente aussi l'histoire antérieure des deux malades.

Dans le premier cas il s'agit d'un ulcéro-cancer, et ce qui domine dans l'histoire clinique, c'est l'ulcus; le cancer ayant été presque une trouvaille microscopique. Les symptômes d'ulcus ont persisté même après la formation de la fistule: témoin l'hyper-réaction stomacale et son hyperchlorhydrie.

Dans le second cas, le fait dominant est le cancer; les antécédents ulcéreux sont lointains et problématiques; à ces deux ordres de faits doivent correspondre des notions pathogéniques quelque peu différentes. Cependant il est des points communs qu'il faut d'abord mentionner.

L'intermédiaire obligatoire de toute fistule gastrique est la formation d'adhérences. Celles-ci se font, au niveau de la paroi abdominale antérieure par le même procédé que dans les séreuses en général. Les deux feuillets pariétal et viscéral du péritoine, irrités par la lésion stomacale réagissent par la formation de fausses membranes qui se sclérosent et réalisent une symphyse plus ou moins étendue des

deux feuillets séreux. Mais la paroi stomacale est mobile. Selon les alternatives de réplétion ou de vacuité elle s'abaisse et se relève et ses mouvements mettent obstacle à la formation des adhérences. Celles-ci s'établissent donc de préférence au point le plus fixe, qui est la région du cardia, maintenue par ses connexions diaphragmatiques. Cette considération explique le siège le plus fréquent des abcès et des fistules à gauche et au-dessus de l'ombilic. Mais cette règle n'est point générale, et nous voyons nos deux malades porteurs de fistules légèrement à droite de la ligne médiane et au niveau de la cicatrice ombilicale.

Ces adhérences peuvent réaliser soit une symphyse presque totale qui plaque la paroi stomacale antérieure contre la paroi abdominale, soit un cloisonnement qui crée en avant de l'estomac une cavité nouvelle limitée par l'estomac, la paroi abdominale et les organes voisins : surtout le diaphragme, le foie, le côlon transverse.

Quelle est la nature de ces adhérences ? Dans les cas d'ulcus elles sont et restent de nature purement inflammatoire. Il peut en être de même dans le cancer. L'observation 3 de Seggel empruntée à la *Münchener Medizinische Wochenschrift,* en est un exemple typique. Ces adhérences fibreuses qui avaient l'aspect d'une tumeur de la paroi ne révélèrent au microscope aucun élément néoplasique.

La formation de ces adhérences par irritation péritonéale dans le cancer s'explique aisément par la pénétration des micro-organismes de la cavité gastrique à travers la masse néoplasique. Cette pénétration est facilitée par l'ulcération de la surface interne du cancer. Or, d'après M. Cunéo, cette ulcération du cancer de l'estomac « est très précoce. Cette précocité est d'ailleurs commune à tous les cancers dont la surface est en contact avec un milieu riche en micro-organismes variés. Mais dans le cas particulier il

faut encore faire intervenir l'action du suc gastrique sur le néoplasme et peut-être même une véritable auto-digestion de celui-ci par les produits de sécrétion de ses éléments constituants ».

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Certains auteurs affirment même que ce n'est pas la règle, et que le plus souvent les adhérences péri-cancéreuses ont elles aussi le caractère néoplasique. A ce propos M. Cunéo s'exprime ainsi : « Si je m'en rapporte à mes propres constatations les adhérences cancéreuses seraient de beaucoup les plus fréquentes. Dans les cas malheureusement trop peu nombreux dans lesquels j'ai examiné ces adhérences et particulièrement les adhérences pyloro-pancréatiques j'ai rencontré au milieu des faisceaux conjonctifs des éléments néoplasiques... »

Quoi qu'il en soit de leur fréquence relative les deux espèces d'adhérences existent et c'est ce qui explique que l'on puisse rencontrer dans la paroi abdominale tantôt des noyaux purement fibreux en rapport direct avec un cancer de l'estomac, comme dans l'observation de Seggel, tantôt une véritable propagation cancéreuse de l'estomac à la paroi.

Les adhérences une fois constituées, quel est le mécanisme de la formation de la fistule ? Au milieu de ces adhérences, l'infection peut facilement se propager. Il se forme alors des poches purulentes plus ou moins volumieuses qui vont s'ouvrir le plus souvent à l'extérieur, établissant ainsi la communication entre la cavité gastrique et la peau. Au point de vue clinique on a alors les signes de la péritonite localisée.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Parfois la fistule s'établit presque insidieusement. Pas de signes péritonéaux marqués ; pas de douleur violente, pas de formation préala-

ble de vastes collections purulentes. Pour expliquer ces faits dit Niort, dans sa thèse sur les fistules consécutives à l'ulcère, deux théories sont en présence: 1° La théorie de l'auto-digestion ou théorie chimique; 2° La théorie des abcès minimes.

D'après la première « on a dit que ces ulcères à marche rapide donnant peu de réaction péritonéale quoique suffisamment pour permettre des adhérences pouvaient, grâce à l'hyperacidité déterminer une fistule ».

« ...Il est difficile de comprendre, ajoute l'auteur, pourquoi un seul point de l'estomac serait digéré alors que toute l'étendue de sa paroi est en contact avec le suc gastrique ».

D'après la deuxième théorie, il se formerait dans les adhérences des petits abcès qui se videraient peu à peu du côté gastrique. Ces fistules borgnes constatées par Terrier et Hartmann amorceraient et réaliseraient peu à peu le trajet gastro-cutané. Il y aurait encore ici suppuration mais légère et non appréciable cliniquement.

Nous n'avons pas les éléments nécessaires pour entrer dans la discussion de ces théories; nous ne pouvons que les signaler, en regrettant que la pièce examinée ait été trop incomplète pour permettre un examen approfondi des adhérences.

Dans le cas d'adhérences néoplasiques, c'est par la propagation de proche en proche des éléments du cancer, atteinte de la peau, et nécrose de ces éléments que s'établit peu à peu la fistule gastro-cutanée. Ce n'est en somme qu'un cas particulier de l'ulcération superficielle d'un néoplasme.

Ces données générales étant établies, quelles applications pouvons-nous en faire aux deux cas qui nous occupent:

Dans le premier cas le rôle principal revient certaine-

ment à l'ulcère; c'est lui qui a réalisé peu à peu les adhérences de l'estomac à la paroi abdominale antérieure. Elles étaient constituées lorsque sont survenus les phénomènes aigus d'octobre 1913. La voussure généralisée de la région épigastrique, le tympanisme considérable qu'on y trouve, porte à croire que ces symptômes ont accompagné l'ouverture de l'estomac dans les adhérences constituées. Par quel mécanisme s'est faite cette ouverture? Est-ce par des abcès minimes créant d'abord des fistules borgnes? Est-ce par le mécanisme de l'autodigestion? Les phénomènes douloureux, la fièvre légère, paraissent plutôt en faveur de la première hypothèse. Mais une constatation microscopique permet de faire intervenir un autre mécanisme. La présence d'éléments néoplasiques jusque sur la tunique séreuse permet d'attribuer dans cette perforation un rôle important au cancer qui aurait pris tout à coup une marche rapide.

En résumé, il nous semble qu'il faille faire intervenir plusieurs éléments dans la formation de la fistule. D'abord rôle important de l'ulcère dans la formation des adhérences gastro-pariétales; rôle possible du cancer dans la perforation de la paroi stomacale; enfin phénomènes d'inflammation aigus dans la perforation des plans superficiels de la paroi.

L'évolution chez notre second malade nous paraît sensiblement différente: qu'il y ait eu antérieurement à la suite de troubles hyperchlorydriques formation d'adhérences périgastriques, cela n'est pas impossible. Mais un autre processus s'est effectué; le développement d'une tumeur juxta-pylorique volumineuse. Cette tumeur s'est propagée à la paroi. Est-ce par des adhérences purement inflammatoires? Est-ce par une extension cancéreuse? Il ne nous est pas possible de donner à cette question une réponse déci-

sive en l'absence d'un examen microscopique. Mais la deuxième hypothèse nous paraît la plus probable. C'est, en effet, une seule masse que la palpation percevait, occupant la paroi et pénétrant dans la profondeur et on n'avait nullement l'impression de tractus fibreux plus ou moins volumineux allant rejoindre une masse profonde. De plus c'est peu à peu et sans phénomènes aigus que s'est faite la propagation. Nous croyons que si l'évolution avait pu se poursuivre nous aurions assisté à la nécrose de la tumeur et à la formation de la fistule à travers ses éléments. En somme, dans ce deuxième cas, nous croyons pouvoir attribuer au cancer lui-même le rôle principal, presque unique dans la formation de la fistule.

CONSIDÉRATIONS DIAGNOSTIQUES

Au point de vue du diagnostic notre seconde malade était arrivée à un état de cachexie trop avancée, la tumeur para-ombilicale, malgré son apparence superficielle était trop voisine du pylore pour que le diagnostic pût présenter de sérieuses difficultés, même en l'absence de radiographie. Celle-ci leva toute hésitation.

Toutefois nous ferons brièvement remarquer l'absence d'un grand nombre de signes classiques du cancer gastrique : ni hématémèse, ni mélæna ; pas de retentissement sur les ganglions sus-claviculaires. L'anorexie, quoique marquée est loin d'être absolue. Il est vrai que ces signes sont loin d'être constants puisque l'hématémèse ne se rencontrerait que dans 42 0/0 des cas d'après Brunton, et que sur les 27 cas de cancer chez des sujets jeunes, réunis par Samson, dans quatre cas ceulement est signalé le retentissement sur les ganglions cervicaux.

Autrement délicat était le diagnostic chez notre premier malade. Les signes d'ulcère ancien étaient évidents ; mais l'étape du cancer n'était-elle pas déjà franchie ? On sait en effet combien il est difficile de saisir le passage de l'un à l'autre. « Rarement il est possible, écrit Samson, de saisir la transition entre la phase d'ulcus et la phase de

cancer, et cela parce que les signes physiques ne se modifient pas à l'instar des signes fonctionnels. La tumeur en effet n'est pas toujours perceptible et l'adénopathie susclaviculaire est d'existence aussi inconstante que dans la forme commune du cancer de l'estomac. Quant au chimisme gastrique ses résultats pour importants qu'ils soient ne sauraient avoir une valeur absolue, à cause de la persistance souvent observée de l'hyperchlorhydrie. Là encore c'est l'examen radiologique qui méthodiquement pratiqué permet d'arriver au diagnostic de cancer ».

Tel était notre malade. Pas de tumeur perceptible; pas d'adénopathie et quant au chimisme gastrique, sa recherche n'aurait fourni aucun résultat puisqu'il y avait hyperchlorhydrie, comme le montra le liquide issu de la fistule.

Nous avons vu le résultat donné par l'examen radiologique. L'image de petit estomac piriforme ne tranchait point la difficulté. Pour des raisons matérielles, l'examen aux rayons X ne put être répété. En tous cas, nous pouvons maintenant apercevoir pourquoi les résultats de cette investigation furent faussés. Il s'agissait, nous l'avons dit d'un estomac biloculaire dont les deux poches étaient unies par un canal fort étroit. La bouillie bismuthée emplit d'abord la première poche et ne passa dans la seconde qu'avec une lenteur telle que l'examen était terminé avant que son passage fût sensible sur l'écran. Dans son étude sur le radio-diagnostic de l'estomac biloculaire, le docteur Pimpaneau signale cette catégorie de biloculation ulcéreuse: « L'estomac semble, dit-il, au premier examen uniquement constitué par une petite poche plus ou moins arrondie, entièrement cachée sous les fausses côtes. Ce n'est que longtemps après, une heure, deux heures et plus que l'évacuation se produit dans une seconde poche. Le canal de fonction toujours très long reste invisible, s'il ne re-

tient pas le bismuth. Sinon il apparaît contourné et tortueux, formant un maigre trait d'union entre deux poches très éloignées ».

Tel était, croyons-nous, le cas de notre malade. Est-ce à dire que de nouveaux examens radioscopiques aient conduit au diagnostic précis d'ulcéro-cancer? Après l'examen de la pièce anatomique nous n'en sommes nullement persuadé. Sans doute (et nous suivons ici l'étude du docteur Pimpaneau citée plus haut), il y a entre la biloculation ulcéreuse et la biloculation cancéreuse des différences très nettes. Dans la biloculation ulcéreuse le canal de fonction suit la petite courbure, il est de plus sinueux; les limites des poches restent nettes et régulières. Dans la biloculation cancéreuse, au contraire, le canal de fonction est rectiligne et occupe l'axe central de la cavité gastrique. De plus le bismuth, s'infiltrant au milieu des masses végétantes du cancer offre les « lacunes » caractéristiques, de telle sorte que les limites de l'image gastrique au lieu d'être régulières ont des contours polycycliques et irréguliers. Voilà pour les cas types.

Mais la biloculation ulcéreuse présente quelquefois un canal de jonction qui, au lieu de suivre la petite courbure, est dans l'axe même des deux poches. D'autre part, à côté des cancers végétants, il y a les cancers infiltrés. Ici plus de masses bourgeonnantes donnant l'image lacunaire. Reste pour faire le diagnostic la position du canal dans l'axe des poches, caractère inconstant, nous venons de le voir, et la sinuosité de ce canal, base un peu insuffisante pour un diagnostic, nous semble-t-il.

Comment dès lors pouvoir saisir sur l'écran dans un estomac biloculaire ulcéreux le passage au cancer? Les signes de la lésion ulcéreuse persistent. Ceux du cancer seront encore longs à se manifester. Aussi nous pensons

que la radiographie si précieuse soit-elle est elle-même parfois impuissante à trancher ce diagnostic.

Le diagnostic de tumeur de l'estomac propagée à la paroi abdominale n'offre pas en général de grosses difficultés. Il s'agit en effet le plus souvent de complications de cancers avancés. Les signes fonctionnels plus ou moins complets mettent sur la voie : la présence de la tumeur superficielle et la constatation de ses connexions profondes tranche le diagnostic.

De plus la radiographie pourra donner des renseignements concluants sur l'origine de la tumeur.

Le diagnostic ne restera hésitant que dans les cas où les signes gastriques font presque entièrement défaut, et où la radiographie n'a pas été pratiquée. Tels sont les deux cas du docteur Seggel que nous extrayons de la *Münchener Médizinische Wochenschrift*. Ils nous paraissent doublement intéressants et comme cancers gastriques, dépourvus de signes fonctionnels, et comme cancers gastriques propagés à la paroi et pris pour des tumeurs primitives de celle-ci.

W. K..., 47 ans, économe, entrée le 13 février 1894, morte le 28 février 1894.

Antécédents. — La malade a toujours été bien portante. 10 grossesses. 3 enfants vivants, mais morts dans les premières semaines. Père mort à 68 ans. Mère morte à 47 ans d'un cancer du foie.

Depuis juin 1893, elle remarque à côté de l'ombilic une tumeur du volume d'une noisette qui était douloureuse spontanément et à la pression et grossissait peu à peu.

Depuis six mois elle a diminué de poids. Pas de symptômes du côté de l'estomac.

Etat actuel. — La malade est solidement bâtie. Le pannicule adipeux est sensiblement diminué; la peau et les muqueuses un peu pâles.

Pas de troubles du côté des viscères. La paroi abdominale est très relachée. Immédiatement à gauche de l'ombilic et soulevant sa moitié gauche se trouve une saillie grande comme la paume de la main. De cette saillie sort une tumeur du volume d'un œuf d'oie qui paraît siéger directement sous la peau normale en cet endroit et qui n'adhère à la tumeur que tout contre l'ombilic. La tumeur s'étend jusqu'à 9 centimètres de l'ombilic du côté gauche, et n'est éloignée que de deux travers de doigt du rebord costal. La surface de la tumeur n'est pas absolument lisse; ses limites sont nettes. Près des côtes on trouve des tractus fibreux. La tumeur elle-même paraît située dans la paroi abdominale, autant qu'on peut en juger à cause de la flaccidité de la paroi.

Le 17 février on pratiqua l'opération avec le diagnostic de fibro-sarcome de la paroi abdominale.

Incision en arc qui partant de dessous l'ombilic s'étend jusqu'au rebord costal. En essayant de séparer la tumeur de l'aponévrose du muscle droit, on s'aperçoit qu'elle adhère au péritoine. Celui-ci doit être ouvert. Le doigt introduit dans la plaie sent des adhérences à l'intestin; et à un examen plus attentif on s'aperçoit que la tumeur est creuse et toute prête à se perforer près de l'ombilic. Cette perforation se produisit quand on essaya de séparer la tumeur de la peau. Le doigt explorateur constate alors que la tumeur part de l'estomac et que la paroi stomacale antérieure est infiltrée sur une étendue de deux travers de doigt vers la gauche, ainsi que vers le pylore. A cause des métastases ganglionnaires dans la région du pylore on ne pratique pas l'extirpation de la tumeur; et après une gas-

tro-entérostomie (selon le procédé de Hacker) la tumeur fut suturée dans la plaie abdominale.

L'état de la malade fut satisfaisant jusqu'au 20 février. Alors apparurent des phénomènes d'insuffisance cardiaque, et malgré des toniques généreusement administrés, la tumeur il se forma une fistule stomacale de 3 centimètres et la malade mourut d'inanition le 28 février.

L'autopsie montra une péritonite diffuse partant de la tumeur suturée; la plaie de la gastro-entérostomie était perméable et suffisante.

Observation II

Th. H..., 35 ans. Femme d'un négociant, entrée le 10 novembre 1898, sortie le 16 janvier 1899.

Antécédents. — La malade remarqua, il y a neuf mois, après des troubles gastriques, de courte durée provoqués par un écart de régime, une induration dans la région ombilicale, très sensible à la pression. Trois ou quatre jours plus tard, les troubles gastriques disparaissaient, mais l'induration persistait, toujours sensible à la pression.

La malade ne se plaint d'aucune autre douleur; elle supporte bien l'alimentation mixte et peut vaquer aux soins de sa maison. Seulement de temps en temps des douleurs sous forme de coliques de courte durée, dans la région ombilicale. Depuis octobre, la douleur à la pression a augmenté; et actuellement il y a douleur même au mouvement, sans qu'il y ait de signes du côté du tube digestif.

La malade a eu l'appendicite il y a neuf ans; elle a été opérée il y a trois ans et demi d'un prolapsus utérin; a eu

deux nouvelles grossesses dont une a nécessité une application de forceps. Parents vivants, bien portants.

Etat actuel. — C'est une personne de taille moyenne, assez faible; pannicule adipeux assez réduit. Légère submatité au sommet gauche, rien à l'auscultation, rien au cœur.

Abdomen souple; pas de matité anormale. Région iléo-cæcale indolore; pas de résistance appréciable. Dans la région ombilicale, sous une peau normale et non adhérente on trouve une infiltration de la grandeur de la paume de la main, formant un plastron très sensible, situé à gauche de l'ombilic et à sa hauteur. La tumeur qui présente nettement des pulsations est mobilisable latéralement, mais fort peu verticalement. Sur le bord externe du muscle droit du côté droit, à deux doigts au-dessous de l'ombilic on sent un noyau de la grosseur d'une cerise. Par la contraction des droits on a l'impression que la première tumeur est au-dessous de celle-ci, mais se trouve cependant dans la paroi abdominale antérieure. En percutant on ne trouve pas de dilatation de l'estomac.

La sensibilité à la pression disparaît par le repos et les compresses humides. Le 16 novembre le professeur von Angerer, opère avec le diagnostic probable de tumeur de la partie postérieure de l'aponévrose du muscle droit.

Incision sur la ligne médiane passant à gauche de l'ombilic et s'étendant à trois doigts au-dessus et au-dessous de lui. On ouvre la gaine des droits, on libère le bord interne du droit gauche. La tumeur est située à la hauteur de l'ombilic, immédiatement derrière la paroi postérieure du muscle droit. On libère le bord du grand muscle droit et on excise l'ombilic. Au-dessus de la tumeur, on ouvre le péritoine; et en introduisant le doigt on sent qu'une partie de l'intestin est adhérente à la paroi abdominale et fort épaissie. Après avoir libéré la tumeur on l'attire hors du péri-

toine en même temps que la partie de l'intestin auquel elle adhère ; et on s'aperçoit alors qu'il s'agit de l'estomac. La tumeur siège dans la partie antérieure de l'estomac, et s'étend d'un doigt au-dessus de la grande courbure, jusqu'à la petite courbure. Pylore et cardia sont libres. Dans la partie droite du ligament gastro-colique on trouve une glande du volume d'un œuf de pigeon, très dure, et à sa gauche deux autres plus petites. Le doigt engagé dans l'hiatus de Winslow va sentir contre la colonne vertébrale une chaine de ganglions gonflés. La paroi postérieure de l'estomac paraît indemne. Comme la tumeur menace de se perforer à brève échéance au point où elle a envahi la paroi abdominale, on se décide à une résection de l'estomac.

...Ici nous résumons la fin de l'intervention. On pratique une gastrectomie partielle et une gastro-entérostomie postérieure.

A la fin de l'opération qui a duré deux heures et demie, la malade est dans un collapsus assez profond. Une injection de sérum salé la remet assez bien. Pendant quatre jours on l'alimente exclusivement par l'anus. La température maxima a été 37°8. La guérison de la plaie opératoire se complique d'un phlegmon partant de la suture stomacale et formée d'un pus odorant et grumeleux. De la profondeur de la plaie s'éliminent des fils de soie ; et pendant quelques temps le pansement fut imbibé du contenu stomacal. La plaie stomacale avait probablement contracté des adhérences avec la plaie abdominale, et il s'était formé une fistule.

Le 16 janvier 1899, la malade pèse 120 livres, alors que son poids à l'arrivée n'était que de 89 livres. Au départ elle souffre encore de météorisme et de gargouillements au niveau de l'ombilic. La petite fistule s'est fermée dans le courant de la troisième semaine.

Lorsqu'on la revoit en juin, la fistule s'est rouverte et plusieurs fils s'éliminent. Pas de douleur du côté de l'estomac. Malheureusement on trouve des métastases dans le lobe gauche du foie, où on sent une tumeur du volume d'un œuf. Etat général bon. Appétit bon.

...De l'examen microscopique de la pièce enlevée, nous ne retiendrons que quelques points :

Il s'agit d'un carcinome riche en cellules développées dans un stroma conjonctif peu développé, et où l'on trouve de nombreux points de nécrose. Cette nécrose serait due à la compression exercée par les produits de sécrétion accumulés en grande quantité dans l'intérieur des acini.

Le diagnostic microscopique est celui d'adéno-carcinome cylindro-cellulaire de la paroi abdominale antérieure, avec métastase dans les ganglions lymphatiques de la région et infiltration inflammatoire provoquant des adhérences avec la paroi abdominale antérieure.

« La caractéristique de ces cas, dit l'auteur, est que la tumeur de la paroi abdominale, bien que dépendant de la tumeur stomacale est formée d'une infiltration inflammatoire, sans la moindre trace de métastase, sans amener un signe de ramollissement, ou de nécrose de cet infiltrat. »

L'auteur est porté à croire qu'il s'agit d'un carcinome développé sur un ulcus ; et la périgastrite aurait précédé l'apparition du cancer. Il reconnaît cependant que ni l'examen anatomique de l'estomac, ni l'histoire de la maladie ne plaident en faveur de cette hypothèse.

CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES

Elles sont brèves. L'état de cachexie avancée de nos malades ne permettait pas d'intervention chirurgicale. Nous nous bornerons donc à rappeler les divers traitements mis en œuvre contre la fistule gastro-cutanée d'origine cancéreuse.

1° *Suture.* — Elle est presque toujours illusoire même si on essaye d'invaginer la tumeur en suturant au-dessus d'elle deux plis de l'estomac, ou si on fixe sur elle l'épiploon comme un couvercle. On opère, en effet, dans un milieu septique, sur des tissus infiltrés, friables, voués à la déchirure. Ce procédé est abandonné de plus en plus, même dans le cas de perforation ulcéreuse.

2° La gastro-entérostomie a été aussi essayée, sans grand succès d'ailleurs. En effet si la fistule est haut située, cette intervention n'est pas indiquée. Le pylore restant dans ce cas habituellement perméable, la bouche créée s'oblitèrera rapidement.

Si la fistule est bas située, l'estomac est comme « un panier à fond percé » et se vide par cet orifice plutôt que par la bouche de la gastro-entérostomie.

3° *Ablation de la tumeur; gastrectomie; gastro-entérostomie.* — Cette intervention plus hardie paraît supérieure aux précédentes. Ses inconvénients sont faciles à prévoir. On opère en tissus infiltrés et si large que soit l'intervention on a beaucoup de chances de rester en tissu infecté. On rompt des adhérences qui, nous l'avons vu, risquent fort d'être de nature néoplasique; d'où un coup de fouet donné à l'évolution de ces éléments cancéreux soit vers les organes voisins, soit vers la peau.

Ce procédé, tousefois a donné certains résultats: telle la malade de l'observation III de Seggel que nous trouvons sept mois après l'intervention vivante et en bon état malgré une métastase hépatique. Le sujet, il est vrai, était dans un état exceptionnellement bon. Les malades porteurs de fistules cancéreuses sont le plus souvent dans un état de cachexie qui ne permet pas de pareilles interventions.

4° *Jéjunostomie.* — C'est un procédé plus récent. Proposé par Furner, réalisé par Kronheimer, il a été surtout pratiqué en Allemagne. Dans sa thèse, David en cite 41 cas, pratiqués surtout dans des cas d'ulcère. M. Maurice Patel en rapporte un cas particulièrement heureux. Il s'agissait d'un malade de 30 ans avec des antécédents ulcéreux qui fut pris brusquement dans le côté gauche de l'abdomen d'une douleur très vive suivie de vomissements noirâtres. Quelques jours après volumineuse saillie épigastrique. Incision et issue d'une quantité considérable de pus. Le lendemain les matériaux alimentaires passent à travers la plaie.

L'état s'aggrave rapidement. On essaye la cure radicale de la fistule. On trouve l'estomac immobilisé en entier, à paroi cartonneuse, bordé de gros ganglions. On pratique alors une jéjunostomie.

Le malade est nourri par la sonde toutes les deux heures. Six jours après, on commence l'alimentation par voie buccale. La fistule gastro-cutanée paraît fermée. Un mois et demi après, on fait la cure radicale de la fistule de la jéjunostomie. Le malade engraisse rapidement de plusieurs kilogs et il se maintient en bonne santé pendant quatre mois; il meurt un mois plus tard de cachexie cancéreuse. Sa survie a été de sept mois exactement. Cette observation montre le résultat que peut fournir la jéjunostomie dans le cas de fistules gastro-cutanées cancéreuses; mais les observations de ce genre sont encore trop peu nombreuses. La question reste à l'étude.

CONCLUSIONS

De nos deux observations nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. L'établissement d'une fistule gastro-cutanée au cours du cancer de l'estomac est une complication grave qui accélère considérablement l'issue fatale.

II. Un de nos cas était un ulcéro-cancer. L'autre a évolué comme un cancer primitif.

III. La pathogénie de cette complication ne nous paraît pas uniforme. Tantôt elle est l'œuvre des phénomènes inflammatoires provoqués par la lésion gastrique ; tantôt elle est surtout l'œuvre du cancer propagé à la paroi. Dans les deux cas qui nous occupent il nous paraît nécessaire de faire intervenir les deux ordres de faits pour expliquer l'évolution des accidents.

IV. Le diagnostic de la nature de la fistule peut être fort délicat surtout lorsqu'il s'agit de distinguer une fistule purement ulcéreuse d'une fistule ulcéro-cancéreuse. Pour poser ce diagnostic, important non seulement pour le pronostic mais pour le traitement, il est nécessaire de combi-

ner les données de la clinique, les recherches de laboratoire et les résultats radiologiques.

V. La thérapeutique chirurgicale a deux procédés à son service : la gastrectomie avec gastro-entérostomie ; la jéjunostomie.

BIBLIOGRAPHIE

Hayem (G.) et Lyon (G.). — Les maladies de l'estomac. In Traité de médecine de Gilbert et Thoinot.

Cunéo. — Anatomie pathologique du cancer de l'estomac envisagée au point de vue chirurgical. In Chirurgie anatomo-clinique de Hartmann, 1903.

Jaisson. — La perforation dans le cancer de l'estomac. In Archives des maladies de l'app. respiratoire.

Patel (M.). — Sur un cas de jéjunostomie dans une fistule gastro-cutanée d'origine cancéreuse. In *idem.*

Samson (R.). — Contribution à l'étude du cancer de l'estomac chez les jeunes sujets. Th. Paris, 1913.

Niort (F.). — Contribution à l'étude des fistules gastro-cutanées spontanées consécutives à l'ulcère de l'estomac. Thèse Bordeaux, 1911.

Coureau. — Fistule gastro-cutanée. Journal de médecine de Bordeaux, 23 juillet 1911.

Seggel. — Uber die Mitbetheiligung der vorderen Bauchwand beim Magencarcinom. B. 5 et 12 décembre 1899.

Patel (N.). — Sur le traitement par la jéjunostomie des fistules gastro-cutanées. Congrès français de chirurgie, 1908.

Savignac (R.). — Un diagnostic moderne du cancer de l'estomac. Presse Médicale, 20 déc. 1913.

Tuffier et Aubouy. — L'estomac, le duodénum, le gros intestin dans les positions debout et couchée. Presse médicale, 29 avril 1911.

Suquet (Dr). — Radio-diagnostic des affections de l'estomac. Revue pratique d'électrothérapie et de radiologie médicales, 11 janvier 1914.

Pimpaneau. (Dr). — Du radio-diagnostic de l'estomac biloculaire. In *idem*, mai 1914.

Leven et Barret. — Notions nouvelles introduites en médecine par l'exploration radiologique de l'estomac. Clinique, 28 octobre 1910.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 26 juin 1914,
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 25 juin 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !